

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° 1125

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques FAYET

Assistant d'Oto-Laryngologie des Hôpitaux de Paris

Né le 30 Janvier 1911, à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)

**Contribution à l'étude
de l'Ostéite Syphilitique
du Conduit Auditif Externe**

Président : M. E. LEVY-SOLAL, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1125

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques FAYET

Assistant d'Oto-Laryngologie des Hôpitaux de Paris

Né le 30 Janvier 1911, à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)

Contribution à l'étude
de l'Ostéite Syphilitique
du Conduit Auditif Externe

Président : M. E. LEVY-SOLAL, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen

TIFFENEAU

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la pré
 Clinique des maladies des en
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE

PIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.

M.
 HAZARD.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD EL. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK- Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL-	
LERY RADOT..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0070

A MA MERE ET A MON PERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEVY-SOLAL

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui, après nous avoir accueilli si
paternellement dans son service, nous
donne aujourd'hui une nouvelle preuve
de son affectueuse bienveillance en
acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR

A. SAVORNIN

Président du Comité Consultatif de Santé
Inspecteur Général Technique du Service de Santé
Grand Officier de la Légion d'Honneur

En respectueuse reconnaissance pour
toutes les marques d'affection dont il
nous a entouré depuis de longues
années.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. HAUTANT

Oto-Laryngologiste de l'Hôpital Tenon

Commandeur de la Légion d'Honneur

En hommage de notre profonde
reconnaissance pour l'accueil bienveil-
lant que nous avons trouvé dans son
service et la confiance qu'il nous a
toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT BOURGEOIS
Oto-Laryngologiste des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce modeste travail.

Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de nos sincères remerciements pour son affectueuse amitié et les conseils éclairés qu'il nous a constamment prodigués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

Faible témoignage de notre profonde reconnaissance pour la sollicitude attentive dont il nous a toujours entourée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CELICE

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Qui non seulement nous a fait largement profité de son enseignement clinique, mais encore nous a donné tant de marques de bienveillance et d'affectueuse sollicitude.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DESMAREST

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. MONDOR

MONSIEUR LE DOCTEUR R. WEISSENBACH

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEVY-SOLAL

MONSIEUR LE DOCTEUR P. JACQUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION

A MES CHERS CAMARADES D'ÉTUDES :

LES DOCTEURS PIERRE BANSE, JEAN BASTARD,

ROBERT MIGNON, MAURICE PIERRE,

JACQUES PONPON, HENRY VIGNERON.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OSTÉITE SYPHILITIQUE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

INTRODUCTION

La syphilis n'épargne pas le conduit auditif externe, formé d'une partie osseuse et d'une partie cartilagineuse, le tout revêtu de tissu cutané.

Bien que rares et considérées même par certains auteurs comme dépourvues d'intérêt, les déterminations syphilitiques sur l'oreille externe ont cependant donné lieu à de nombreuses discussions diagnostiques et thérapeutiques. S'agit-il d'ostéite syphilitique ou d'ostéite nécrosante bénigne ?

Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter deux observations indiscutables d'ostéite syphilitique du conduit auditif externe. L'une est empruntée à M. Leroux et a été publiée dans les *Annales d'Oto-Laryngologie*, de 1937 ; l'autre, encore inédite, a été prise à l'hôpital Tenon, dans le service de notre Maître, le docteur Hautant, sur la suggestion du docteur Robert Bourgeois.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillante hospitalité et l'enseignement qu'ils nous ont prodigués dans le service.

HISTORIQUE

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la rareté de la syphilis de l'oreille externe et tout particulièrement des lésions d'ostéïte.

Després, sur 1.200 syphilitiques, n'a vu que 5 syphilis du conduit auditif externe, et encore ne s'agit-il que de chancres et de gommès.

Bruck, sur 4.000 syphilitiques, ne trouve que 30 malades atteints de syphilis du conduit.

Ruff, sur 28.000 malades de l'oreille, n'a rencontré que 21 syphilis du conduit auditif externe.

Baginsky, sur 20.000 malades, ne signale que 4 syphilis.

Ravogli, enfin, sur 15 syphilis de l'oreille moyenne, ne trouve qu'une seule atteinte de l'oreille externe.

Il faut penser, cependant :

1° Que l'absence de lésions de l'organe de l'ouïe n'attire pas l'attention du côté de l'oreille.

2° Que dans la plupart des cas les lésions de l'oreille externe passent inaperçues au milieu des autres signes cutanés ou viscéraux d'une syphilis en activité.

C'est vers 1880 que paraissent avoir été publiés les premiers cas.

Vidal, Franck et, plus tard, Gruber, parlent d'ulcères syphilitiques du conduit, sans toutefois préciser les lésions sous-jacentes.

C'est Itard qui, le premier, découvre un séquestre dont l'ablation, associée au traitement spécifique, amène la guérison du malade.

Il faut arriver en 1896 pour trouver une description plus complète ; Gonzalès parle d'otite externe d'origine syphilitique avec carie du conduit auditif externe.

Devillas, dans sa thèse de 1897, cite un cas de syphilis maligne ayant atteint le pavillon et le conduit.

Cheval, en 1903, rapporte l'histoire d'un enfant venu à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, pour un écoulement de l'oreille gauche dû à un séquestre, qui est enlevé avec la plus grande facilité. C'est un hérédo-syphilitique, âgé de 14 ans, conçu alors que le père était en pleine efflorescence vérolique, ayant contracté un chancre cinq mois avant la conception. Il présente des traces de rétatite interstitielle et des adhérences caractéristiques entre la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais, ainsi que des lésions dentaires typiques. A un an, une perforation à travers la voûte palatine établit une large communication entre la bouche et le nez. Le traitement spécifique institué fut très mal observé.

Hélot, en 1906, décrit des gommes paramastoïdiennes avec conduit atrésié, enflammé et tympan normal.

Halphen et Buneau, en 1928, sous le titre de séquestre du conduit auditif externe, présentent l'observation d'un enfant de 4 ans amené à la consultation pour des démangeaisons et un écoulement de l'oreille gauche datant de six mois.

L'examen otoscopique montrait la présence d'un gros séquestre grisâtre mobile.

A l'intervention, découverte de nombreux séquestres aux dépens des parois postérieure et supérieure du conduit.

Ablation des séquestres et curettages.

Les suites opératoires sont simples.

Le conduit fut méché quelques jours, puis on institua des bains d'alcool.

La sécrétion abondante et fétide diminue rapidement, le tympan est intact, ce qui élimine la possibilité d'une otite moyenne.

On ne peut relever d'antécédents syphilitiques. Le meilleur argument en faveur de la syphilis fut que le traitement antisypilitique institué récemment précipita la guérison.

La fétidité et l'abondance de l'écoulement diminuèrent à une allure brusquement accélérée dans les jours qui suivirent la première injection de sulfarsénol. Quelques jours après la deuxième injection, la guérison était totale.

Baron, dans sa thèse de 1931, rapporte plusieurs observations d'ostéite syphilitique du conduit, mais il distingue deux types principaux :

D'une part, le type le plus fréquent, attirant immédiatement l'attention sur l'oreille ;

D'autre part, un autre type dont l'intérêt vient de ce qu'il se révèle par une complication aiguë péri-auriculaire, mais qui n'attire pas immédiatement l'attention sur l'oreille, et il cite à ce propos l'observation de Ramadier et Baron d'une malade opérée d'adhérences abdominales et qui, le lendemain, fit une parotidite suppurée ne guérissant que très lentement après incision. Un mois après le début des accidents apparaît une suppuration par le conduit auditif externe due non pas à une otite moyenne, mais bien à une ostéite de la paroi inférieure du conduit auditif externe.

L'examen du sang révèle un Wassermann fortement positif.

La malade, très améliorée par le traitement anti-syphilitique, fut guérie par l'association du traitement chirurgical.

Maduro, en 1933, cite le cas d'un malade de 30 ans, présentant un écoulement d'oreille récent et bilatéral. L'examen otoscopique décèle la présence, au niveau du conduit auditif externe, de petites croûtelles et, sous ces croûtelles, l'ostéite. Il s'agit d'un hérédo-syphilitique comme le prouve ses antécédents : gomme du tibia droit quatre ans auparavant, kératite interstitielle, il y a deux ans, ayant rétrocedé après un trai-

tement mercuriel. Ce malade a été traité de façon intensive dans le service du docteur Millian, cependant le Wassermann est resté fortement positif et il n'a présenté aucune amélioration de sa lésion auriculaire.

OBSERVATIONS CLINIQUES

I. — Observation de LEROUX, rapportée par MEUNIER, en 1937.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, venue à la consultation, en juillet 1932, pour une diminution de l'acuité auditive avec sensation d'oreille bouchée.

L'examen otoscopique montre l'existence de bouchons cérumo-épidermiques bilatéraux. Après leur ablation :

A droite, la paroi postérieure présente à son tiers moyen, dans l'angle postéro-inférieur, une vaste cavité de la grosseur d'une noisette tapissée d'épithélium à l'aspect cicatriciel ; plus profondément, dans la région postéro-supérieure, presque au contact du tympan, une ulcération arrondie laissant l'os dénudé.

Le tympan ne présente pas d'altération.

L'audition est normale après ablation des bouchons.

Dans les antécédents de cette malade on relève :

- Une choroïdite il y a dix ans ;
- Une fracture de jambe spontanée récemment ;
- Des grossesses normales, mais chez ses filles de nombreuses fausses-couches spontanées.

Le traitement a consisté en de simples attouche-

ments locaux au chlorure de zinc qui a amené une amélioration lente mais certaine.

En juillet 1933, la malade revient pour une nouvelle diminution de l'audition, l'examen montre :

— Une diminution de perception des sons au-dessus de 435 ;

— Un abaissement de la limite supérieure à 6000 ;

— Du côté du conduit auditif externe, la cavité du tiers moyen est très bien cicatrisée, mais l'ulcération postéro-supérieure profonde montre de nouveau une dénudation osseuse, s'étendant en bordure du tympan dont elle contourne le quadrant postéro-supérieur.

A l'automne 1933, aggravation nette :

— A droite, l'ulcération postéro-supérieure s'est étendue considérablement. Elle découvre une surface d'un centimètre de long sur un demi-centimètre de haut, décollant le cadre tympanal sur une longueur de $3/4$ de centimètre. A son niveau, l'os dénudé est noirâtre et présente l'aspect d'un séquestre spécifique. Il n'existe pas de suppuration de la caisse.

— A gauche, le conduit, intact jusque-là, présente actuellement une ulcération postéro-supérieure en avant du tympan, dénudant l'os.

Un Wassermann pratiqué à ce moment se montre négatif.

Au traitement iodé mal toléré, on substitue un traitement mercuriel (12 injections de cyanure de mercure).

Un mois plus tard, l'épidermisation de l'ulcération droite est complète sans élimination du séquestre ; par contre, à gauche, aucune amélioration.

Il semble bien que l'atteinte syphilitique soit indiscutable, bien que le Wassermann soit négatif (Escat a signalé la rareté d'un Wassermann positif dans la syphilis auriculaire), en effet :

— La choroïdite ;

— La fracture spontanée ;

— L'amélioration par le traitement mercuriel font penser à une syphilis atténuée latente.

La labyrinthite apparue secondairement est vraisemblablement en faveur de cette hypothèse, confirmée par l'aspect évocatif du séquestre noirâtre du côté droit.

II. — Observation inédite du docteur R. BOURGEOIS et J. FAYET.

La malade, sténo-dactylographe, âgée de 17 ans, entre dans le service du professeur Pasteur-Valéry-Radot, le 2 juin 1938, pour surdité et amaurose.

Elle était suivie, depuis le 21 mai 1931, pour un urticaire apparaissant chaque fois qu'elle plongeait les mains dans l'eau froide ou chaude. Elle a été ainsi traitée pendant six ans pour son urticaire qui fut très amélioré.

En décembre 1937, ses yeux deviennent rouges, la

vision est diminuée et en quelques jours s'installe une kératite interstitielle bilatérale. La malade devient partiellement aveugle. Elle se présente dans le service ophtalmologique de l'hôpital Saint-Joseph, où l'on pose le diagnostic de kératite interstitielle hérédosyphilitique. Le Wassermann pratiqué à cette époque est fortement positif. Un traitement au novar est interrompu après la troisième injection, la malade présentant à ce moment-là une éruption généralisée. Elle est alors traitée par le cyanure de mercure, l'adrénaline et le chlorure de calcium qui amènent une nette amélioration du point de vue oculaire.

Un Wassermann pratiqué chez tous les membres de la famille (père, mère, sept frères ou sœurs) est négatif.

En février 1938, toujours hospitalisée dans le même service, elle présente des vertiges, de la dyspnée, des bourdonnements d'oreille suivis d'engourdissement des membres supérieurs. Dans les jours qui suivent, on note trois crises semblables accompagnées d'une violente céphalée, de contracture en extension, de mouvements cloniques des extrémités et de difficulté à parler. Une radiographie du crâne est pratiquée, elle ne révèle rien de particulier.

La céphalée persistant très violente et s'accompagnant d'une diminution progressive de l'audition surtout marquée à droite, la malade est adressée à la consultation du docteur R. Bourgeois.

Celui-ci ne découvre rien dans le conduit auditif et pose le diagnostic de labyrinthite d'origine syphilitique.

C'est seulement un an après, au mois de janvier 1939, que la malade revient à la consultation du docteur R. Bourgeois.

Malgré plus de 50 injections de cyanure de mercure :

— L'audition a encore diminué ;

— Les douleurs persistent ;

enfin, fait important, est apparu un léger écoulement purulent de l'oreille droite peu abondant mais fétide.

L'examen otoscopique décèle une petite croûte cérumineuse au niveau du conduit, à l'union des faces postérieure et inférieure, à quelques millimètres du tympan. Sous cette croûte, on découvre une goutte de pus franc, et l'examen au stylet montre manifestement de l'os dénudé.

Il est décidé alors de continuer le cyanure et d'y adjoindre le bivatole à raison de deux injections par semaine.

Au mois de mars, la malade est opérée d'appendicite aiguë et part en convalescence à la campagne.

De retour à Paris, au mois de juin 1939, elle est hospitalisée à l'hôpital Tenon, dans le service de notre Maître, le docteur Hautant.

Les douleurs persistent principalement au niveau du conduit auditif externe et du bord antérieur de

l'apophyse mastoïde droite, douleurs spontanées, exagérées par la pression et la mastication. Sur ce fond permanent se greffent des paroxysmes survenant deux ou trois fois par vingt-quatre heures, avec irradiations ascendantes à tout l'hémi-crâne droit et descendantes vers le cou. Signalons que depuis un an ces crises augmentent de fréquence et d'intensité.

L'examen otoscopique montre du côté droit, à l'union de la paroi postérieure et inférieure du conduit, tout près du tympan qui est normal, une petite ulcération de la grosseur d'une lentille entourée d'une croûte de pus.

L'examen acoumétrique révèle une grosse déficience fonctionnelle bilatérale mais prédominante à droite.

	<i>Oreille droite</i>	<i>Oreille gauche</i>
Voix haute :	0 m. 50	1 m. 50
Voix basse :	0	0
Montre :	0	0 m. 10
Schwabach :	128 5 secondes	128 8 secondes
Weber :	indifférent	indifférent
Rinne :	positif labyrinthique	positif labyrinthique

A l'examen vestibulaire, il faut noter : l'existence de vertiges fréquents ;

— il n'existe pas de nystagmus spontané ;

— la déviation des index est négative ;

— l'épreuve de Romberg et celle de la marche aveugle sont fortement positives.

Enfin, il n'existe aucune réaction labyrinthique, ni à l'excitation faible (20 cc. d'eau à 25°), ni à l'excitation forte (100 cc. d'eau à 20°).

Il y a donc destruction fonctionnelle des organes de l'oreille interne aussi bien à droite qu'à gauche.

La radiographie des deux mastoïdes est négative.

Par ailleurs les réflexes sont normaux, les appareils respiratoire et circulatoire ne présentent aucun trouble, la tension est de 12,5-7,5, les règles sont irrégulières et douloureuses.

Enfin, il y a lieu de signaler une dystrophie dentaire.

Devant l'échec du traitement médical, une intervention est pratiquée au mois de juin :

Incision classique rétro-auriculaire, décollement et ouverture du conduit, découverte et ablation d'un petit séquestre noirâtre, fermeture.

Dans les jours qui suivent, nette amélioration ; les douleurs sont beaucoup moins vives, l'écoulement est presque tari, la malade quitte le service.

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic positif d'ostéite syphilitique du conduit auditif externe.

Le diagnostic se fera sur trois ordres de signes :
cliniques,
humoraux,
anatomo-pathologiques.

a) Les signes cliniques sont essentiellement constitués par :

La suppuration en général peu abondante ;
La grande intensité des douleurs spontanées et provoquées s'étendant jusqu'à la mastoïde ;
L'évolution extensive ;
L'intégrité de l'oreille moyenne ;
La présence fréquente d'un ou plusieurs séquestres noirâtres ;
L'aspect de lésions spécifiques en activité.

b) Les signes humoraux.

En présence d'un tel tableau clinique, on est conduit à pratiquer un examen de sang qui, dans la plupart des cas, montre un Wassermann positif, bien

qu'une réaction négative ne puisse infirmer le diagnostic de syphilis (Escat).

De plus, la recherche des antécédents personnels et familiaux donne en général des indications précises sur la nature de l'affection. On trouve des lésions syphilitiques le plus souvent héréditaires :

kératite interstitielle, choroïdite ;

dystrophie dentaire ;

fracture spontanée.

Le traitement antisiphilitique améliorant le plus souvent les lésions locales apporte un argument de plus à l'étiologie spécifique.

c) Les signes anatomo-pathologiques.

Les examens anatomo-pathologiques ont été rarement pratiqués et lorsqu'ils l'ont été, ont montré dans les cas types des lésions classiques de syphilis osseuse. Mais le plus souvent, la réponse du laboratoire est loin d'être probante, et dans notre observation personnelle l'examen microscopique n'a montré que des lésions d'ostéite banale.

2. — Diagnostic différentiel.

Avant de poser le diagnostic d'ostéite syphilitique du conduit, il faut éliminer : la mastoïdite fistulisée dans le conduit (Gelle) et le cancer du conduit.

A. — Fistule de Gelle.

Cette fistule consécutive à une mastoïdite primitive ou secondaire est une éventualité très rare et qui présente des caractères bien spéciaux :

Longue durée de l'inflammation de la région mastoïdienne apparue au cours d'une grippe ou d'une maladie infectieuse, accompagnée de douleurs très violentes ;

Tuméfaction rouge, chaude, sensible à la pression ;

Température élevée ;

Bourdonnements d'oreille et vertiges.

Tous ces signes précèdent les modifications du conduit.

Si la lésion du massif facial se fait d'avant en arrière, l'examen montre, soit une infiltration diffuse de la peau, puis une tuméfaction de la paroi supérieure et postérieure, supprimant complètement la lumière du conduit, soit un foyer de fongosités prétympanales ou une saillie en cul-de-poule avec orifice fistuleux à son sommet.

Si la lésion se fait d'arrière en avant, l'évolution est insidieuse et se révèle brusquement par une paralysie avant que l'examen otoscopique dénote une atteinte de la région.

Dans l'ostéite du conduit, il n'existe rien de semblable :

— Il n'y a pas de commémoratifs d'infection aiguë au début ;

- Le conduit, s'il est obstrué, l'est par un séquestre ou un bourgeon charnu, derrière lequel se cache de l'os dénudé ;
- Enfin l'écoulement du pus est beaucoup moins abondant.

L'existence de douleurs mastoïdiennes violentes ne peut suffire à affirmer le diagnostic de mastoïdite, puisque des douleurs également très intenses se retrouvent dans l'ostéite syphilitique, malgré l'intégrité absolue des régions mastoïdiennes, confirmées par la radiologie.

Le diagnostic entre la mastoïdite fistulisée dans le conduit et l'ostéite syphilitique du conduit auditif externe est généralement facile.

Cependant il faut bien se rappeler qu'il existe des formes intermédiaires où une mastoïdite à évolution subaiguë ou latente s'ouvre dans le conduit, ce qui amène le malade à consulter.

B. — Cancer du conduit.

Celui-ci est rarement primitif, il est le plus souvent secondaire à une tumeur semblable ayant débuté soit par le pavillon de l'oreille, soit par la caisse du tympan, le diagnostic est alors évident.

Les cas d'épithélioma primitif du conduit auditif externe, encore qu'exceptionnel, sont plus difficiles à différencier.

Extrêmement insidieux, le cancer se développe au milieu de signes d'un eczéma humide, avec formation d'une croûte circonscrite, mais l'évolution rapide lève les doutes. Très vite, apparaît une surface ulcérée dentelée qui s'étend à la fois en dehors vers le pavillon et dans le fond vers la membrane tympanique ; en même temps, l'écoulement devient purulent, fétide, mêlé de sang, parfois ce sont même de véritables otorragies. Le conduit est rempli par une tumeur ayant l'aspect de fongosites osseuses, grises, jaunâtres, en choux-fleurs, saignant au moindre contact. A côté, ce sont des plages déprimées où le cartilage blanc de l'oreille et la paroi osseuse du méat sont à découvert. La mort survient en général assez vite au milieu de syndrome d'une affection méningée.

Là encore le diagnostic clinique est facile sauf tout au début, où un examen microscopique renseignera rapidement.

Ces deux affections étant éliminées, il reste à déterminer l'étiologie :

Ostéite tuberculeuse,
Ostéite mycosique,
Ostéite bénigne du conduit.

1° Ostéite tuberculeuse.

La tuberculose du conduit est extrêmement rare ; elle s'oppose aux autres ostéites par son évolution à

bas bruit, sans signes, même lorsque la sécrétion osseuse ou le séquestre sont considérables. Cette évolution est tellement silencieuse que même avec une nécrose importante, elle a pu passer inaperçue et n'être qu'une découverte d'autopsie.

Il y a de nombreuses fistules par où s'écoule un pus caséeux, grumeleux abondant ; elles siègent surtout au niveau des parois postérieure et supérieure du conduit, le méat est largement ouvert grâce à l'importante carie osseuse.

L'ostéite tuberculeuse du tympanal n'est pas isolée et le plus souvent il s'agit d'une otite tuberculeuse avec ostéite mastoïdienne qui a gagné de proche en proche d'autres parties du temporal.

Les lésions mal limitées sont progressivement envahissantes sans que l'état des tissus voisins indique la formation d'une zone de défense. Elles ne cèdent même pas au traitement chirurgical ; enfin on trouve en général d'autres localisations tuberculeuses osseuses pulmonaires ou laryngées.

Dans le doute, on peut faire une tuberculino-réaction et une radiographie qui montre une raréfaction calcique plus ou moins intense au niveau des parties encore vivantes de l'os.

2° Mycoses.

Les mycoses, et plus particulièrement l'actinomycoïse, atteignent de préférence le maxillaire inférieur

et déterminent des tumeurs de plus en plus volumineuses jusqu'à l'institution du traitement.

Localisées à l'oreille, ces tumeurs atteignent rarement l'os. Cependant une observation a été publiée où les lésions gagnèrent l'oreille moyenne, le rocher, les méninges et le cerveau. Les lésions sont grandement envahissantes.

Le diagnostic est facilité par la recherche des grains jaunes et des filaments mycéliens qui prennent le Gramm. Si on ne trouve rien à l'examen direct, on peut faire une culture ou mieux pratiquer le séro-diagnostic de Widal.

Le traitement d'épreuve ne peut donner de renseignements utiles puisque l'iodure de potassium a une action directe non seulement sur les lésions mycosiques mais aussi sur les lésions syphilitiques.

3° Ostéite bénigne nécrosante.

A la Société de Laryngologie de Paris, à propos de la discussion de l'observation d'Hälphen, de celle de Leroux, de la nôtre, les uns admettent que l'ostéite du conduit relève toujours de la syphilis, d'autres se refusent à reconnaître cette étiologie tout au moins dans un certain nombre de cas.

Baron, dans sa thèse, rapportant l'avis de Ramadier, différencie l'ostéite syphilitique de l'ostéite bénigne nécrosante. Il y a dit-il, d'une part une ostéite avec nécrose folliculaire.

C'est une ulcération atone dans les bords ne sont ni bourgeonnants, ni saignants, souvent même déprimés en cupule, au fond de laquelle on trouve un os dénudé. Mais le point osseux est limité en surface et en profondeur, très superficiel, et on recherche vainement l'existence d'un trajet fistuleux. Ces lésions, dont l'évolution est souvent muette, cicatrisent rapidement après ablation du séquestre.

Boulay, rapportant quatre cas de cette affection, la définit ainsi :

« Un malade se plaint de ramener de l'un de ces
« conduits, quand il les nettoie, soit une petite croûte,
« toujours du même aspect, soit un peu d'exsudat
« jaune clair, épais et fétide. Il n'existe ni douleurs,
« ni démangeaisons. L'audition est normale. Aucun
« bruit subjectif. L'érosion cutanée est de minime
« étendue, 2 à 4 millimètres en moyenne et guérit
« rapidement après élimination du séquestre. »

Pour lui, il s'agit d'un trouble trophique analogue à celui de l'ulcère de la cloison (sphacèle et nécrose d'un petit territoire du périoste privé de sang).

Jacques, de Nancy, sépare cette ostéite du choleste-atome, affection d'origine mastoïdienne, greffe accidentelle de l'ectoderme pavimenteux sur le chorion chroniquement enflammé d'une muqueuse émanée des voies aériennes.

Le choleste-atome obéit aux lois habituelles de l'évolution des tumeurs perlées, croissant excentriquement

et évidant en toutes directions les parois de la cavité qui l'enferme.

L'ostéite bénigne du conduit se caractérise par la production aux dépens du tympanal d'une excavation de forme variable dont le fond blanchâtre et rugueux se montre parsemé sous les amas cérumino-épidermiques qui le recouvrent de petites élevures rouges et saignotantes qui sont les bourgeons charnus issus des canaux de Havers les plus superficiels mis à nu par l'ulcération. L'exploration au stylet et au porte-coton détache ça et là des parcelles de substance osseuse séquestrée.

Pour lui, les deux caractères constants sont :

— La localisation élective du processus destructeur du plancher du conduit avec empiètement éventuel sur les parois voisines ;

— La très fréquente bilatéralité (50 %).

En résumé, il considère l'ostéite du conduit comme une manifestation convergente de névropathie constitutionnelle et de syphilis « véritable mal perforant ».

Caboche a rapporté plusieurs cas d'ostéite nécrosante à la Société de Laryngologie de Paris.

Politzer la rattache à l'étiologie choleste-atome :

— Pour sa marche torpide, érosive, tenace ;

— Par sa résistance au traitement.

Buck, de New-York, pense à une embolie d'une petite artère nourrissant un territoire de l'oreille.

H. Bourgeois la considère comme une affection ner-

veuse analogue au mal perforant, en raison de l'intensité des douleurs et pour lui, toute ostéite dont la pathogénie n'est pas démontrée, doit faire penser à la syphilis.

Dans les deux observations rapportées, l'étiologie syphilitique est suffisamment démontrée ; dans les autres cas, les bons résultats obtenus par le traitement d'épreuve contribuent encore à établir cette étiologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions ne sont connues que par l'examen clinique, encore n'y a-t-il qu'un petit nombre d'observations indiscutables.

Il s'agit d'un processus massif réalisant soit une ostéite diffuse, soit un ou plusieurs séquestres.

L'examen microscopique montre au début une ostéo-périostite aiguë ou subaiguë avec formation sous-périostée d'un tissu charnu. De plus, il s'y produit en même temps une raréfaction propre de l'os. Ultérieurement, il peut subir la mortification caséuse et de là résulte une gomme ou bien il se fait une production de tissu fibreux avec ostéite condensante. Le tissu osseux scléreux et éburné de nouvelle formation se nécrose quelquefois secondairement. Cette lésion nécrotique devient alors le point de départ de suppurations chroniques interminables, lesquelles ne prendront fin que par l'élimination totale d'un séquestre et la formation d'une cicatrice fibreuse, déprimée et adhérente.

A l'intervention, on retrouve autour des zones d'ostéite faciles à cureter des zones d'ostéite condensante extrêmement dure, aspect typique des lésions osseuses de la syphilis.

TRAITEMENT

Du point de vue thérapeutique, il faut envisager le traitement local et le traitement général.

Localement, la première indication comporte des soins d'antisepsie, nettoyages quotidiens à l'alcool, ablation à la curette ou cautérisation des bourgeons du conduit s'il en existe.

Lallemand préconise les attouchements à l'acide chromique.

En présence d'un ou plusieurs séquestres, il ne faut en pratiquer l'ablation qu'après avoir institué le traitement spécifique afin de circonscrire les lésions et de limiter leur étendue.

Dans tous les cas, il faut mettre en œuvre le traitement médical, qui bien souvent peut amener à lui seul la guérison.

On donnera au malade soit de l'iodure de potassium, soit du mercure qui ont, en effet, sur les lésions osseuses syphilitiques une action curatrice incontestable.

L'iodure de potassium se donnera à doses progressivement croissantes jusqu'à 5 grammes par jour, suivant l'étendue des lésions et la sensibilité du malade.

L'administration du mercure aura lieu sous la forme injectable pour ménager la sensibilité du tube diges-

tif ; injections intraveineuses quotidiennes de 1 centigramme de cyanure de mercure.

On pourra également employer le bismuth en injections intra-musculaires à raison de deux par semaine.

On ne manquera pas non plus de prendre les soins d'hygiène buccale habituels pour prévenir la stomatite.

Enfin, contre les douleurs rebelles de l'ostéite, Maduro a préconisé récemment la vitamine B sous la forme injectable.

CONCLUSIONS

L'ostéite syphilitique du conduit auditif externe reste une affection rare, dont le diagnostic présente souvent de réelles difficultés.

Niée par certains, qui en font une ostéite bénigne ou un cholesté-atome, elle a donné lieu à de nombreuses discussions étiologiques et pathologiques.

Elle possède cependant une individualité propre ; elle se diagnostique par des signes cliniques, humoraux et anatomo-pathologiques qui la différencient nettement d'affections avec lesquelles elle a été souvent confondue ; la fistule de Gelle, le cancer du conduit et ostéite bénigne nécrosante du conduit.

Sa nature syphilitique est affirmée par l'aspect des lésions, par le terrain, par la constatation d'un Wassermann positif ou de lésions d'hérédo-syphilis ; malformations dentaires, troubles oculaires et nerveux par exemple.

Un diagnostic précis est cependant nécessaire pour éviter une intervention délicate, parfois mutilatrice, et instituer, à côté du traitement local, un traitement général qui le plus souvent amène une amélioration notable.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

LEVY-SOLAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARATOUX. — *Revue mensuelle de laryngologie*, 1883 à 1886.
- BARON. — Ostéite syphilitique du conduit (*Thèse*, Paris, 1931.)
- BARTH. — Auditis externa ulcerosa. (*Deutsche Med. W. ch. ns. chr.*, Leipzig et Berlin, 1904.)
- BERUUYER. — *Bulletin Médical*, janvier 1910.
- BEUTER et COLLET. — Un cas de périostite syphilitique de la mastoïde. (*Lyon Médical*, 1903.)
- BONNAFOND. — Exostose du conduit. (*Union Médicale*, XIV.)
— Tumeur osseuse du conduit. (*Bulletin de l'Académie*, XXXIII, 1868, et *Union Médicale*, 1868.)
- BOULAY. — Ostéite nécrosante bénigne du conduit. (*Annales d'O.R.L.*, 1923.)
- BOURGEOIS et CABOCHE. — Ostéite nécrosante du conduit. (*Société de Laryngologie*, 1927.)
- BRUNCKER. — Lésion syphilitique de l'appareil auditif. (*Thèse*, Nancy, 1883.)
- CARTAZ. — Séquestre osseux du conduit. (*Bulletin de la Société Anatomique*, 1873.)
- CHEVAL. — Séquestre du conduit auditif. (*Société Royale des Sciences Médicales et Naturelles*, Bruxelles, 1903.)
- CLAUS. — Ueber syphilis des ausseren Ohren Charité. (*Annales*, Berlin, 1909.)
- DELSTANCHES. — Contribution à l'étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe. (*Bulletin de la Société Belge de Laryngologie*, 1879.)
- DESPRÉS. — Cancer primitif du conduit. (*Journal Médical de Bruxelles*, 1879.)
- DEVILLAS. — Des affections de l'ouïe. (*Thèse*, Paris, 1897.)

- DIDSHUY. — Syphilis tertiaire de l'oreille. (*France Médicale*, 1898.)
- DUPLAY. — *Progrès Médical*, 1887-1888.
— *Traité de Chirurgie*.
- DURAND et STERN. — Tuberculose de la mastoïde. (*Annales d'O.R.L.*, 1928.)
- ESCAT. — *Traité des maladies de l'oreille*, 1921.
- FOURNIER. — *Syphilis héréditaire tardive*, 1886.
— *L'hérédité syphilitique*, 1886.
— *Traité de la syphilis*, 1901.
- GAILLARD. — Mastoïdite syphilitique. (*Annales d'O.R.L.*, 1927.)
- GERVAIS. — Abscess mastoïdien. (*Thèse*, Paris, 1879.)
- GIEER. — Berlin, 1900.
- GONZALÈS. — Syphilis du conduit, séquestre. (*Archivos latinos rhinologia*, 1896.)
- GROS. — Late auricular heredo-syphilis cases. (*Vida nueva*, 1938.)
- HALPHEN. — Ostéite syphilitique du conduit. (*Société de Laryngologie*, 1927.)
- HALPHEN et BUNEAU. — Séquestres du conduit auditif externe sans otite moyenne. (*Annales d'O.R.L.*, 1928.)
- HÉLOT. — Gomme paramastoïdienne. (*Archives de Laryngologie*, 1906.)
- HENNEBERT. — Syphilis auriculaire. (*Revue internationale de rhinologie*, Paris 1897.)
- JACQUES. — L'ostéite nécrosante bénigne du conduit auditif. (*Congrès d'O.R.L.*, Paris, 1927.)
- JÉGU. — Syphilis de l'oreille. (*Thèse*, Paris, 1884.)
- LERMOYEZ. — *Thérapeutique des maladies de l'oreille*.
- LUND. — Syphilis of the external ear. (*Ugeskr. f. Laeger Kopenh.*, 1920.)

- MAPURO. — Ostéite nécrosante bénigne des conduits d'origine hérédo-spécifique. (*Annales d'Oto-Laryngologie*, 1933.)
- MAZZA. — Gumma of external auditory canal. (*Revue d'O. R.L.*, Sao-Paulo, 1936.)
- MENDEL. — Otite externe syphilitique tertiaire. (*Annales ot.*, 1893.)
- MÉNIÈRE. — *Manuel otologique clinique*.
- MEUNIER. — Contribution à l'étude de l'ostéite circonscrite bénigne nécrosante du conduit auditif externe. (*Annales d'Oto-Laryngologie*, 1937.)
- MOOS. — *Archives Otologiques*, New-York, 1884.
- OKUCHI. — Formation of the sequestrums in auditory canal. (*O.R.L.*, 9, 1936.)
- PACKARD. — Syphilis perichondritis of the auricle. (*Philadelphia Med. Journal*, 1899.)
- POLITZER. — *Atlas des maladies de l'oreille*, traduit par JOLY.
- PREICE. — Action de la syphilis sur l'oreille. (*Progrès Médical*, 1884, 1887, 1888.)
- RAMADIER. — *La syphilis auriculaire, oreille et nerf acoustique*, 1928.)
- RUFF. — Syphilis de l'oreille externe. (*Journal of cutaneous and Genital Uniany disease*, New-York, 1891, et *France Médicale*, 1892.)
- SCAIZITI. — Osteoperiostites Gummosa of externa auditory meatus. (*Vasalva*, 1933.)
- SCHWARTZ. — *Maladies chirurgicales de l'oreille*.
- TOURNED. — *Traité de syphilis tertiaire*.
- VIOLLET. — Mastoïdite syphilitique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1900.)
- WORMS. — Fistule mastoïdienne post-opératoire. (*Société de Laryngologie*, 1927.)
- ZUCKER. — *Zu schrift für ohren*, 1883.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



